

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ЕГЗАМИНАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ПО ЕПИЛЕПТИЧЕН НАПАД**

#### **Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку медицина заснована на докази при егзаминација на пациент по епилептичен напад.

#### **Член 2**

Начинот на егзаминација на пациент по епилептичен напад е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при егзаминација на пациент по епилептичен напад по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8931/2  
30 ноември 2013 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ЕГЗАМИНАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ПО ЕПИЛЕПТИЧЕН НАПАД

МЗД Упатство  
21.06.2010

- Основи
- Епидемиологија
- Етиологија
- Типови напади
- Анамнеза
- Клинички слика
- Лабораториски тестови
- Дополнителни испитувања кои се преземаат во невролошкиот оддел
- Кардиолошки испитувања
- Поврзани извори

### ОСНОВИ

- Првиот доктор кој ќе го прифати пациентот треба да го забележи текот на нападот, вклучувајќи ги и предикталните и постиктални знаци и симптоми.
- Сведоците кои се вклучени во настанот се од најголема важност и треба итно да бидат контактирани по нападот, или лично или телефонски. Ова може да биде пресудно за поставување на дијагнозата.
- Пациентот треба да се упати на соодветни невролошки тестови, кои ќе помогнат во утврдувањето на дијагнозата и во разрешувањето на етиологијата (на пример: епилепсија која прв пат се јавува кај повозрасната популација, мозочен тумор како можна причина, итн.).
- Невроимицинг испитувањата треба бргу да се спроведат, ургентност не е неопходна.
- Дијагностичкиот пристап по првиот напад кој е поврзан со алкохолната апстиненција треба да биде идентичен како кај епилептичниот напад.
- Ако епизодата на изгубена свест по својата природа не е епилептична, тогаш, во случај пациентот да е возрасна особа, ќе му биде потребно кардиолошко испитување.

### ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Се смета дека 8-10% од целокупната популација ќе добие најмалку еден епилептичен напад во текот на својот живот, а 4-5% ќе развијат епилепсија.
- Помалку од 1% имаат активна епилепсија, односно имаат потреба од континуиран фармаколошки третман.

### ЕТИОЛОГИЈА

- “Акутниот симптоматски” напад се дефинира како напад кој настанува во директна врска со акутен специфичен провокативен фактор (мозочна повреда, метаболно нарушување, како што е електролитен дисбаланс, алкохолна апстиненција). Оваа состојба не се смета за епилептична, бидејќи провокативниот фактор може да биде отстранет.
- “Идиопатскиот” напад одговара на епилепсии и на епилептични синдроми кои настануваат во отсуство на надворешен провокативен фактор (sui generis).

- Некои од овие напади се генетски;
- Во ретки случаи може да биде идентификувана прецизна генетска мутација, но и различна мутација кај пациентите со истиот синдром.
- “Симптоматскиот” напад одговара на епилепсија, каде етиологијата е во врска со физички церебрални промени. Тие може да бидат:
  - Конгенитални, аберантен церебрален кортикален развој;
  - Стечен, посттрауматски, инфекции на централниот нервен систем;
  - Причини кои се поврзани со други невролошки состојби: нарушувања на церебралната циркулација, мозочни тумори, различни комплексни синдроми.
- Епилепсијата може да биде именувана како “веројатно симптоматска” (криптогена), кога етиолошкиот физички фактор најверојатно е присутен, но не може да биде откриен со постоечките расположливи методи.
  - На пример, со МР не е возможно откривање на некои развојни нарушувања на мозочниот кортекс.

## ТИПОВИ НАПАДИ

- Симптомите на **фокалниот напад, односно парцијалниот напад** укажуваат на оштетување во локализирана регија на мозокот, или фокус во мозокот, кои се одразуваат на функцијата на таа регија. Погolem дел од епилепсиите кај возрасната популација & припаѓаат на оваа група:
  1. Едноставни парцијални напади (без засегање на свеста):
    - a. Моторни симптоми: контракции на екстремитетите, засегнат поглед или движења на главата или на телото, престанок на говорот/фонацијата;
    - b. Сензорни симптоми во: видот, слухот, мирисот или вкусот, гадење, вртоглавица;
    - c. Автономни симптоми (потекнуваат од автономниот нервен систем): палпитации, абдоминални сензации, потење, црвенило, бледило, пупиларна дилатација, саливација, сексуални реакции;
    - d. Психички симптоми: афазии, нарушувања во помнењето, déjà-vu феномени, нарушувања во разбирањето, страв, анксиозност, еуфорија, халуцинации.
  2. Комплексни парцијални напади (засегната свест):
    - a. Нападите може да започнат со сите погоре наброени симптоми, поврзани со едноставните парцијални напади, кои се следени со нарушување на свеста. Нападите може, исто така, да започнат со ненадејно нарушување на свеста.
    - b. Комплексните парцијални напади може да бидат придружувани со автоматизми, кои се особено на крајот евидентирани-бесцелни движења или однесувања за кои пациентот не е свесен.
  3. Секундарно генерализирани напади:
 

И едноставните и комплексните парцијални напади може да се развијат во генерализирани напади, со губитокот на свеста, промените во вид на празнење се шират и ги зафаќаат двете мозочни хемисфери.
- **Генерализирани напади:** нагло нарушување на електричната активност на мозокот која настанува симултано во двете хемисфери. Нападите започнуваат со губиток на свеста и конвулзии кои се симетрични на двете страни од почетокот. Во генерализирани напади спаѓаат:
  - Тонично-клоничните напади, односно напади, придружени со губиток на свеста и конвулзии без предиктални симптоми;
  - Абсанси кај деца (куси епизоди на засегната свест кои кај возрасните се обично од фокална природа).

## АНАМНЕЗА

- Предиспонирачки фактори (депривација на сонот, внес на алкохол, особено прекин на алкохол, медикаменти, постење, светлост што трепка).

- Со што се занимавал пациентот кога започнал нападот?
- Дали имало предиктални симптоми или сензации?
- Дали пациентот бил со сочувана свест за време на нападот?
- Опис на нападот од страна на сведок.
- Заздравување од нападот (брзо или постепено, ориентација, нарушување на паметењето).
- Уринарна или фекална инконтиненција.
- Дали порано пациентот имал повеќе епилептични напади со минорни симптоми, заради што не се обратил за медицинска помош (симптом кој се јавува на почетокот на тонично-клоничниот напад пред да се генерализира)?

### **КЛИНИЧКА СЛИКА**

- Ако егзаминаторот е во состојба да го испита пациентот за време на нападот или непосредно потоа, важно е да се забележи:
  - Ориентација, конфузност, секавање на нападот;
  - Присуство на повреди, модринки, гребнатинки, исчашени зглобови;
  - Дали пациентот го гризнал јазикот;
  - Дали постојат унилатерални невролошки симптоми (транзиторна постиктална слабост на екстремитетите, настаната од нападот, односно Тодова парализа која упатува на епилепсија со фокална етиологија);
  - Пупиларна реакција, знакот на Бабински;
  - Дали е регистрирана претходна употреба на алкохол или на други интоксикации;
  - Крвен притисок, пулс, параметри за кардиоваскуларна етиологија.
- Ако лекарот не го види пациентот во првите неколку дена од нападот, нема да се регистрираат клиничките знаци. Меѓутоа, се препорачува да се бараат унилатерални невролошки симптоми и знаци на зголемен интракранијален притисок.

### **ЛАБОРАТОРИСКИ ТЕСТОВИ**

- Крвна слика, серумски натриум, калциум, калиум, креатинин, креатинин киназа и гликемија.
- TSH.
- ЕКГ (мора да се регистрира времето на реализација).

### **ДОПОЛНИТЕЛНИ ТЕСТОВИ ШТО СЕ ПРЕЗЕМААТ ВО НЕВРОЛОШКИОТ ОДДЕЛ**

- Целта на дијагностичката палета е: да се утврди дали нападите се епилептични, да се дефинира типот на нападите, да се идентификува епилептичниот синдром и да се открие дали синдромот е предизвикан од структурна мозочна лезија.
- Оптималниот менаџмент се заснова на точно поставена дијагноза, односно на типот на нападите и типот на епилепсијата/епилептичниот синдром.
- ЕЕГ:
  - Оптималното време за реализирање на испитувањето треба да биде што е возможно побрзо по нападот: иницијален ЕЕГ, потоа, по потреба ЕЕГ во сон. Иритативните ЕЕГ промени (шилци, остри бранови, шилец-бран-комплекси) јасно упатуваат на епилепсија. Нормалните интериктални промени на ЕЕГ не ја исклучуваат веројатноста за епилепсија.
- МР скенирањето е најпрепорачуваната метода кај епилепсијата:
  - МР е во можност да ги открие етиолошките фактори, кои не се детектираат со КТМ, како што се аберантни церебрални кортикални развојни промени.

- КТМ се препорачува во акутната состојба и во состојби каде што МР е контраиндициран.
- МР е индициран ако етиологијата на епилепсијата не е потврдена со КТМ во акутната состојба или со некои други испитувања.
- Специјалните тестови треба да се реализираат кај проблематичните случаи, како што е епилепсија, резистентна на терапија, во дијагнозата на атипичните напади и кога треба да се преземе хируршки третман:
  - Континуиран амбулантски ЕЕГ мониторинг, со цел да се обезбеди ЕЕГ за време на нападот;
  - ЕЕГ видеотелеметрија, со цел да се обезбеди ЕЕГ со симултан видео запис за време на нападот.

### **КАРДИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА**

- Амбулантскиот континуиран ЕКГ мониторинг и tilt-тестот би требало да се спроведат во диференцирањето на случаите каде што е нејасно дали нападите се епилептични и каде што невролошките испитувања не успеале да ја разјаснат епилептичната етиологија.

### **ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

#### **Литература**

- Shorvon SD. Handbook of epilepsy treatment: Forms, causes and therapy in children and adults. 2nd Edition. Blackwell Publishing, 2005.
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00283 (036.025) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Reetta Kälviäinen and Esa Mervaala Previous authors: Antero Pilke and Unto Nousiainen Article ID: ebm00765 (036.025) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.06.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.**